Nervenarzt (1995) 66: 388–396 © Springer-Verlag 1995

Zur Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft in der DDR

M. Bauer[1] und S. Priebe[2]
[1] Psychiatrische Klinik und Poliklinik und
[2] Abteilung für Sozialpsychiatrie, Freie Universität Berlin

Zusammenfassung

In der Literatur ist hinreichend belegt, daß politische Verfolgung und Inhaftierung zu ausgeprägten und lang anhaltenden psychischen Störungen führen können. Diese Erkenntnis wurde erstmals aus systematischen Untersuchungen an Überlebenden der nationalsozialistischen Konzentrationslager gewonnen. Einzelfalldarstellungen und explorative Studien zeigen, daß dies auch auf politische Inhaftierungen in der DDR zutrifft, wobei das Ausmaß der in STASI-Gefängnissen angewandten Methoden erst in letzter Zeit bekannt geworden ist. 1992 hat der Gesetzgeber in Deutschland mit dem „Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz" (StrRehaG) ehemals politisch Inhaftierten aus der DDR besondere Ansprüche auf Versorgungsleistungen zuerkannt, wenn sie unter fortdauernden Gesundheitsschäden infolge der Haft leiden. Der psychiatrische Gutachter wird sich nun vermutlich häufiger mit der Frage befassen müssen, ob ein Antragsteller eine psychische Schädigung infolge der Freiheitsentziehung erlitten hat. Deshalb soll der vorliegende Artikel, nach einer kurzen historischen Abhandlung über die gutachterlichen Probleme bei den Holocaustüberlebenden, einige Empfehlungen und Leitlinien für die Gutachtertätigkeit bei politischen Häftlingen aus der ehemaligen DDR geben. Dabei werden empirische Studienergebnisse, derzeitige diagnostische Konzepte posttraumatischer Störungen im DSM IV und in der ICD 10 sowie 2 exemplarische Gutachtenfälle dargestellt.

Schlüsselwörter

Überlebendensyndrom – Politische Verfolgung – Psychische Störungen – Haft – Begutachtung – Posttraumatische Belastungsstörung – PTSD – DSM IV – ICD 10

Psychiatrische Folgen des Holocaust

Die Untersuchung psychischer Störungen nach schweren und anhaltenden Belastungssituationen durch politische Verfolgung und Haft wurde weltweit nach dem 2. Weltkrieg intensiviert (Übersichten: [4, 28]). Anlaß hierfür war, daß sich bei vielen Überlebenden des Holocaust psychiatrisch relevante Störungen fanden, die in Zusammenhang mit Konzentrationslagerhaft, Vertreibung und Deportation zu sehen waren. Systematische Studien befaßten sich mit der Auswirkung solcher Erlebnisse auf das psychische Befinden der Betroffenen, wobei den Überlebenden der nationalsozialistischen Konzentrationslager (KZ) zunächst die größte Aufmerksamkeit gewidmet wurde [13]. Vorrangig wurden bei den KZ-Überlebenden chronisch depressiv-asthenische Krankheitsbilder beschrieben. Zu den klinischen Charakteristika des in der Literatur als „Überlebendensyndrom" bezeichneten Krankheitsbildes gehören u.a. der Kampf gegen die aufkommende Erinnerung, Schuldgefühle angesichts des Todes anderer und des eigenen Überlebens, apathische Zurückgezogenheit, ein dauerhaft geschwächtes Selbstwertgefühl, ängstlich-phobische Symptome, innere Spannung, Verlust sozialer Beziehungen, Anhedonie und Wiederkehr der Verfolgung in Träumen. Hier sei besonders auf die deutschsprachigen Monographien von Paul u. Herberg [27], von Baeyer et al. [9] und Matussek [25] verwiesen. Langzeituntersuchungen aus den USA, Israel, Norwegen und Niederlanden bis in die heutige Zeit zeigen, daß die Folgen der KZ-Haft bei den ehemals Inhaftierten noch immer, d.h. nach 50 Jahren – selbst bei zunächst gut angepaßten Überlebenden – nachweisbar sind [12, 14]. Wie inzwischen hinreichend belegt ist, handelt es sich beim Holocaust um Erlebnisse, die zu bleibenden und das ganze weitere Leben beeinträchtigenden psychischen Veränderungen geführt haben [9, 14, 25, 27, 28]. Darüber hinaus finden sich vergleichbare Folgeschäden bei Nachkommen bis in die 3. Generation [24].

Ein wesentlicher Ausgangspunkt für die systematische Untersuchung der Folgeschäden war die Aufgabe psychiatrischer Gutachter, Entschädigungsansprüche der Betroffenen zu beurteilen. Anfänglich gestaltete sich diese Begutachtung in Deutschland jedoch schwierig, da verbindliche Maßstäbe hierfür fehlten. Nur langsam rückte man von einem zunächst vorherrschenden somatischen Konzept der Folgeerscheinungen nach KZ-Haft ab. Zunächst weit verbreitet war die Annahme, daß sich die schwersten Auswirkungen der Haft überwiegend in körperlichen

Dr. Dr. M. Bauer, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der FU Berlin, Eschenallee 3, D-14050 Berlin

Krankheiten, wie z. B. Lungentuberkulose und Magengeschwüren, äußerten. Diese körperlichen Erkrankungen konnte man sich als Folge von Unterernährung, Kälte und schlechten Hygienebedingungen im Lager vorstellen. Seelische Störungen jedoch als Dauerfolge von derartigen Haftbedingungen paßten nicht in das vorhandene Konzept [28]. Die klassische Psychiatrie, an welche die Nachkriegspsychiatrie in Deutschland anknüpfte, lehrte, daß belastende Erlebnisse allenfalls zu rasch vorübergehenden Reaktionen führen können und bei der Ausbildung ernsthafterer psychischer Störungen keine oder nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen. So konstatierte Venzlaff bezüglich der herrschenden Lehrmeinung noch 1958 „... nach Jaspers ist es nun das Kriterium der abnormen Reaktionen und Verhaltensweisen auf Erlebnisse, daß sie nach Aufhören ihrer Ursache abklingen" [43]. Dies hatte zur Folge, daß sich in den Anfängen der Begutachtungen häufig eine Diskrepanz zwischen den Sichtweisen der Betroffenen und der Meinung der Gutachter zeigte. Während die Antragsteller die Belastungen während der Lagerhaft als Ursache ihrer Beschwerden ansahen, verneinten die begutachtenden Psychiater in – aus heutiger Sicht – kritikwürdiger Weise einen solchen Zusammenhang und betrachteten andere Faktoren als entscheidend für die anhaltenden Symptome, wie z. B. bereits vor der Haft bestehende neurotische Fehlhaltungen. Erst als die ersten wissenschaftlichen Untersuchungen veröffentlicht wurden, änderte sich die Begutachtungspraxis auch in Deutschland. Dazu merkte Leo Eitinger an, daß andere europäische Gutachter, z. B. norwegische und holländische, zu Beginn der Begutachtungen weniger Probleme als die deutschen Kollegen damit hatten, die KZ-Haft als ätiologischen Faktor der psychischen Störungen anzuerkennen [14]. In Norwegen kam es gar zu einer Umkehr der Beweislast dahingehend, daß der Gutachter nachweisen mußte, daß eine vorgebrachte Störung eines KZ-Insassen *nicht* von der Haft herrührte [14, 28].

Aktuelle diagnostische Konzepte posttraumatischer Störungen in DSM IV und ICD 10

Insbesondere nachdem 1980 unter dem Eindruck gehäufter psychischer Störungen bei ehemaligen amerikanischen Vietnamsoldaten die „posttraumatische Belastungsstörung" (PTSD) als eigene diagnostische Kategorie im DSM III (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association, 3. Version) aufgenommen wurde, wurden weltweit in vielen Studien psychische Störungen nach verschiedenartiger politischer Verfolgung beschrieben, z. B. bei Überlebenden südostasiatischer Konzentrationslager [23, 26], bei Flüchtlingen [10] und bei Folteropfern [38, 41]. Lang anhaltende posttraumatische Belastungsstörungen wurden auch bei Kriegsgefangenen des 2. Weltkrieges [15, 17, 39] und des Koreakrieges [40] beschrieben. Typische Merkmale dieser den Angststörungen zugeordneten Erkrankung PTSD sind das ungewollte Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Träumen und Gedanken, die Vermeidung von Dingen, die an das Ereignis erinnern, ein Gefühl von Betäubtheit und emotionalem Erstarren, der Rückzug und Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung und die Verschlechterung der Symptomatik bei Ereignissen, die dem Trauma ähneln [4, 11, 20]. Tabelle 1 zeigt die operationalisierten diagnostischen Kriterien in der neuen Version des DSM IV [2] in gekürzter Form.

Die „Internationale Klassifikation Psychischer Störungen", ICD 10 [21], nahm die „posttraumatische Belastungsstörung" 1991 ebenfalls als diagnostische Kategorie auf und schloß sich in ihren diagnostischen Leitlinien weitgehend den Kriterien des revidierten DSM-III-R von 1987 an.

In den oben genannten Studien nach 1980 zeigte sich, daß die „posttraumatische Belastungsstörung" im engeren Sinne nicht die einzig mögliche psychiatrische Folgeerkrankung solcher Belastungen darstellt, sondern daß häufig auch andere psychische Störungen, vorrangig Depressionen und Angsterkrankungen, auftreten [15, 26]. Bei vielen Betroffenen kam es zu einer Chronifizierung der Symptomatik und zu einer erheblichen dauerhaften seelischen Beeinträchtigung [1, 19, 28]. Der Erkenntnis, daß Extrembelastungen zu anhaltenden psychischen Störungen führen können, die nicht als PTSD klassifizierbar sind, wurde in der ICD 10 in Form der „andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung" als neuer diagnostischer Kategorie Rechnung getragen. Wesentliche Unterschiede zur PTSD bestehen darin, daß hier die generelle Persönlichkeitsveränderung mit Beeinträchtigung sozialer Beziehungen und Rückzugsverhalten im Vordergrund steht, und die Kriterien B und C der PTSD (s. Tabelle 1) nicht erfüllt sein müssen. Als Formen von Extrembelastung werden in der ICD 10 KZ-Haft, Folter, Naturkatastrophen und andauernde lebensbedrohliche Situationen genannt. Tabelle 2 zeigt die diagnostischen Kriterien der „andauernden Persönlichkeitsveränderung", wie sie in der ICD 10 vorgegeben sind, in gekürzter Form.

Bezüglich der Genese ist anzumerken, daß in den letzten Jahren international zwar eine Fülle von theoretischen und v. a. empirischen Arbeiten über posttraumatische Störungen publiziert wurde, es aber bislang kaum gesicherte Erkenntnisse darüber gibt, welche psychologischen Prozeße bei ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung eine entscheidende Rolle spielen und wie der Zusammenhang zwischen traumatischer Belastung und nachfolgender Störung genau zu erklären ist. Dies gilt insbesondere für Störungen, die nicht auf ein umschriebenes, kurzdauerndes Ereignis (wie z. B. ein Unfall oder ein Gewaltverbrechen), sondern wie in der Regel bei politischen Gefangenen auf eine über längere Zeit anhaltende Situation der Repression, Unsicherheit und Bedrohung zurückzuführen sind. Bei der usprünglichen Entwicklung des PTSD-Konzeptes standen psychodynamische Überlegungen im Vordergrund, die insbesondere von Horowitz formuliert

Tabelle 1
Diagnostische Kategorien der „posttraumatischen Belastungsstörung" (PTSD) in DSM IV (verkürzt)

A. Die Person hat ein traumatisches Ereignis erlebt, das die beiden folgenden Kriterien erfüllt:
(1) Die Person war selbst Opfer oder Zeuge eines Ereignisses, bei dem das eigene Leben oder das anderer Personen bedroht war oder eine ernste Verletzung zur Folge hatte oder eine Bedrohung für die eigene physische Unversehrtheit oder für die anderer Personen darstellte;
(2) Die Reaktion des Betroffenen beinhaltete Gefühle von intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

B. Ständiges Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses auf mindestens einer der folgenden Arten:
(1) Wiederholte und sich aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis;
(2) Wiederholte, stark belastende Träume von dem Ereignis;
(3) plötzliches Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt wäre, z. B. das Ereignis wieder zu durchleben;
(4) Intensives psychisches Leid bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Reizen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder ihm in irgendeiner Weise ähneln;
(5) Physiologische Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Reizen, die einem Bestandteil des traumatischen Ereignisses ähneln oder es symbolisieren.

C. Anhaltende Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, oder eine Einschränkung der allgemeinen Reagibilität (war vor dem Trauma nicht vorhanden), was sich in mindestens drei der folgenden Merkmale ausdrückt:
(1) Anstrengungen, Gedanken oder Gefühle, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, zu vermeiden;
(2) Anstrengungen, Aktivitäten, Orte, oder Personen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen, zu meiden;
(3) Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Bestandteil des Traumas zu erinnern;
(4) Auffallend vermindertes Interesse an bedeutenden Aktivitäten;
(5) Gefühl der Isolierung oder Entfremdung von anderen;
(6) Eingeschränkter Affekt, z. B. keine zärtlichen Gefühle mehr zu empfinden;
(7) Gefühl einer überschatteten Zukunft, z. B. erwartet nicht, Karriere zu machen, zu heiraten, Kinder zu bekommen oder eine normale Lebenserwartung zu haben.

D. Anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus (waren vor dem Trauma nicht vorhanden), durch mindestens zwei der folgenden Merkmale gekennzeichnet:
(1) Ein- oder Durchschlafstörungen;
(2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche;
(3) Konzentrationsschwierigkeiten;
(4) Hypervigilanz;
(5) übertriebene Schreckreaktionen.

E. Die Dauer der Störung (Symptome aus den Kategorien B, C und D) beträgt mindestens einen Monat.

F. Die Störung verursacht ein klinisch bedeutsames Leiden oder eine Beeinträchtigung des sozialen oder beruflichen Funktionsniveaus

Spezifizierung
- akuter Typus: Dauer der Symptome weniger als drei Monate;
- chronischer Typus: Dauer der Symptome mehr als drei Monate;
- Typus mit verzögertem Beginn: die Symptomatik beginnt mindestens sechs Monate nach dem Trauma.

wurden [19]. In den letzten Jahren sind aber auch lerntheoretische Modelle zum Verständnis posttraumatischer Störungen entwickelt worden. Danach können eine Reihe von typischen PTSD-Symptomen (z. B. Vermeidung, Rückzug) über klassische Konditionierung und Vermeidungsverhalten erklärt werden [22].

Staatliche Repression und politische Inhaftierung in der DDR

Wie wir heute im Detail wissen, wurde der Wunsch auf Ausreise, der mißglückte Fluchtversuch sowie politische Opposition in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) häufig mit staatlicher Repression, Willkür und Inhaftierung beantwortet. Veröffentlichungen aus der Forschungsabteilung der Gauck-Behörde in Berlin belegen, daß der Staatssicherheitsdienst (STASI) der DDR in den 80er Jahren jährlich etwa 10000 Personen observiert oder anderweitig unmittelbar verfolgt hat. Ein Schwerpunkt der Bespitzelung habe laut Gauck-Behörde auf den „Ausreiseantragstellern" und „versuchten Republikflüchtlingen" gelegen. Repression und Verfolgungsmaßnahmen durch den STASI beinhalteten für die Betroffenen u. a. häufige Ladungen zu Verhören, unverhoffte Festnahmen, Mißhandlungen, Reiseverbote, berufliche Degradierung, Ausschluß der Kinder von höherer Schul- und Berufsausbildung, Ungewißheit über das weitere Schicksal nach Stellung eines Ausreiseantrags in den Westen, Unvorhersagbarkeit behördlicher Entscheidungen, Reiseverbot und Entzug des Personalausweises [5, 29, 32, 35, 36]. Ein nicht geringer Teil der politisch Verfolgten – ihre Zahl wird seit Kriegsende bis 1989 auf über 100000 geschätzt – wurde in der DDR inhaftiert. Die Bundesrepublik hat in der Zeit von 1963 bis 1989 insgesamt über 30000 dieser Häftlinge aus den DDR-Haftanstalten „freigekauft".

Begriff des politischen Häftlings

Im offiziellen Sprachgebrauch des Strafvollzugs in der DDR gab es den Begriff des politischen Häftlings nicht. In der Bundesrepublik wurde nach dem Leitsatz des Bundesverwaltungsgerichtes (BVG) vom 9. 9. 1959 verfahren, wonach als politischer Gefangener in der DDR zu bezeichnen ist, wer „aus politischen Gründen" in Gewahrsam genommen wurde, dazu zählt „nicht nur der poli-

Tabelle 2

Diagnostische Kriterien der „andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung nach ICD 10 (verkürzt)

Beispiele einer Extrembelastung: KZ-Haft, Folter, Naturkatastrophen, andauernde lebensbedrohliche Situationen;

Persönlichkeitsänderung
mit dem Versuch einer fremdanamnestischen Bestätigung;

Andauernd unflexibles und unangepaßtes Verhalten;

Beeinträchtigung sozialer, beruflicher Beziehungen;

Sozialer Rückzug;

Feindliche oder mißtrauische Haltung der Welt gegenüber;

Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit;

Chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein;

Entfremdung;

Symptomatik besteht mindestens 2 Jahre; zuvor keine Persönlichkeitsstörung

PTSD – Syndrom muß nicht obligat vorausgehen

tische Widerstandskämpfer" sondern auch derjenige, „dessen Haft nach Grund und Dauer durch die politischen Verhältnisse ... bedingt war." Die zur Inhaftierung führenden Delikte waren in der Regel zumindest in der von den DDR-Behörden praktizierten Weise in der Bundesrepublik nicht strafbar [3, 16].

Psychische Folter

Generell kann davon ausgegangen werden, daß sich in fast allen Strafvollzugsanstalten der DDR (ca. 70) auch politische Häftlinge befunden haben, wobei die politischen Häftlinge hinsichtlich Behandlung und Disziplinierung gegenüber den kriminellen Gefangenen deutlich benachteiligt waren [3, 16]. Politische Gefangene waren besonderen Haftbedingungen ausgesetzt. So existierte auch in den Gefängnissen ein gut organisiertes Bespitzelungssystem, was nach Aussagen von Betroffenen zu einem zwischenmenschlichen Klima geführt hat, das von Mißtrauen und der permanenten Angst vor Zuträgern für die STASI geprägt war [5, 35]. Daneben gab es in den Gefängnissen eine Vielzahl von Vorgehensweisen, um die Häftlinge psychisch unter Druck zu setzen. Beispiele hierfür sind: Einzel-/Isolierungshaft, stundenlange Verhöre durch die STASI, die z. T. über mehrere Wochen, z. T. auch nachts durchgeführt wurden, überraschende Zellendurchsuchungen, regelmäßiges nächtliches An- und Ausschalten der Zellenbeleuchtung, unwahre oder überhaupt keine Mitteilungen über Verbleib von Familienmitgliedern, Ansprache als Nummer, häufige unangekündigte Zellen- und Anstaltsverlegungen, Ungewißheit über den Entlassungszeitpunkt, Kontaktsperre zur Außenwelt, erpresserische Versuche, Auskünfte über Kollegen, Nachbarn etc. zu erhalten [3, 5, 16, 29, 35, 36].

Was sich alles unter dem Begriff der Folter subsumieren läßt, ist in der Literatur nicht genau definiert [41]. Einige typische Merkmale finden sich in einer Konvention der Vereinten Nationen von 1984 gegen Folter. Danach ist Folter eine Handlung, bei der einer Person Schmerz oder Leiden (physisch oder psychisch) zugefügt wird, um Informationen zu gewinnen und Geständnisse zu erzwingen. Um diese Ziele zu erreichen werden folgende Methoden angewand: 1. Ausführung von Bestrafungen, 2. Einschüchterung oder Nötigung, 3. jede Methode, die auf dem Prinzip der Diskriminierung basiert. Jeglicher Form von Folter ist das Ziel gemeinsam, daß der Folterer versucht, gegen den Willen des Gefolterten etwas zu erreichen [42].

Auch nach der heute in der internationalen wissenschaftlichen Literatur gebräuchlichen Nomenklatur [1, 41] müssen die systematisch angewandten Methoden, wie sie in den DDR-Haftanstalten gegen politische Häftlinge üblich waren, als psychologische Folter bezeichnet werden [5, 37].

Artikel 17 des Einigungsvertrages zwischen den beiden deutschen Staaten enthielt den Auftrag an den gesamtdeutschen Gesetzgeber, eine gesetzliche Grundlage dafür zu schaffen, daß

> „alle Personen rehabilitiert werden können, die Opfer einer politisch motivierten Strafverfolgungsmaßnahme oder sonst einer rechtsstaats- und verfassungswidrigen gerichtlichen Entscheidung geworden sind".

Diesem Auftrag kam der Gesetzgeber nach und verabschiedete das jüngst in Kraft getretene Strafrechtliche Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)[1]. § 1 des Gesetzes regelt, daß

> „rechtstaatswidrige Entscheidungen der DDR aufzuheben sind, soweit sie mit wesentlichen Grundsätzen einer freiheitlichen rechtsstaatlichen Ordnung unvereinbar sind, insbesondere weil die Entscheidung politischer Verfolgung gedient hat".

Dies gilt in der Regel für Verurteilungen nach den folgenden Vorschriften:

> „Landesverräterische Nachrichtenübermittlung, Staatsfeindlicher Menschenhandel, Staatsfeindliche Hetze, ungesetzliche Verbindungsaufnahme, ungesetzlicher Grenzübertritt, Boykotthetze, landesverräterische Agententätigkeit, Wehrdienstentziehung und Wehrdienstverweigerung" (StrRehaG, § 1).

Anhaltende psychische Störungen bei politischen Häftlingen aus der DDR

In empirischen Studien über psychische Störungen bei Übersiedlern und Flüchtlingen aus der DDR des Jahres 1989, die an repräsentativen [18, 31] und nichtrepräsentativen

[1] Gesetz über die Rehabilitierung und Entschädigung von Opfern rechtsstaatswidriger Strafverfolgungsmaßnahmen im Beitrittsgebiet vom 29. Oktober 1992 – BGBl I. S. 1814

Stichproben im Querschnitt [6, 7, 30, 36] und Längsschnitt über zweieinhalb Jahre [8, 33, 34] durchgeführt wurden, fanden sich psychische Störungen, die in Zusammenhang mit belastenden Lebenssituationen in der DDR zu sehen waren (z. B. Stellung eines Ausreiseantrags, politische Opposition). In einer explorativen Querschnittsuntersuchung wurden auch 55 in West-Berlin lebende Personen untersucht, die aus politischen Gründen in der DDR inhaftiert waren und – im Schnitt mehr als 5 Jahre nach Haftende – unter andauernden psychischen Störungen infolge der Hafterlebnisse litten [5, 32, 35]. Diese Patienten (16 Frauen, 39 Männer; im Durchschnitt 36 Jahre alt) waren in der Zeit zwischen 1975 und 1989 zwischen 6 Wochen und 12 Jahren (im Mittel 20 Monate) inhaftiert gewesen. Die Patienten berichteten über schikanöse Haftbedingungen mit Diskriminierungs- und Isolierungsversuchen, die für die Betroffenen sehr belastend waren. Nach DSM-III-R (revidierte Version der 3. Version des DSM) wurden insgesamt 17 verschiedene Diagnosen gestellt, wobei depressive Erkrankungen ($n = 24$), PTSD ($n = 12$) und andere Angsterkrankungen ($n = 17$) überwogen. Es fand sich ein charakteristisches psychopathologisches Bild mit ängstlich-depressiver Symptomatik und vegetativen Beschwerden, dessen diagnostische Zuordnung nach DSM-III-R jedoch häufig schwierig und unbefriedigend war. Das Problem, die Krankheitsbilder in existierende Klassifikationssysteme einzuordnen, drückte sich u. a. auch darin aus, daß 12 Patienten eine DSM-III-R – Diagnose einer „nicht näher bezeichneten Störung" erhielten. Als ein weiteres auffallendes Charakteristikum fand sich bei den Haftentlassenen häufig eine bis zur Haft nicht gekannte Schwierigkeit, bisweilen Unfähigkeit, soziale Beziehungen zu unterhalten bzw. neue herzustellen. Desweiteren zeigten sich bei mehr als einem Drittel der Patienten eine Chronifizierung der Symptomatik und bei einem weiteren Drittel eine Symptomverstärkung, sobald sie erneuten und teilweise geringgradigen Belastungssituationen ausgesetzt waren [5, 35].

Die psychischen Störungen bei politischen Häftlingen aus der DDR lassen sich mit den in der wissenschaftlichen Literatur beschriebenen posttraumatischen Syndromen vergleichen, wobei die Ausprägung der Symptomatik in der Regel nicht so stark ist, wie es z. B. bei Überlebenden von Konzentrationslagern beschrieben wurde [14, 26]. Repräsentative wissenschaftliche Untersuchungen zur Frage, wie häufig psychische Störungen bei ehemals in der DDR politisch Inhaftierten sind, existieren bislang nicht. Ebenfalls gibt es keine Untersuchung, die den Langzeitverlauf bei diesem Personenkreis systematisch erfaßt hat.

Die Begutachtung von psychischen Schäden infolge politischer Haft in der DDR

Bereits vor dem jetzigen Rehabilitationsgesetz bestand durch das Häftlingshilfegesetz (HHG) die Möglichkeit, die psychischen Folgen der STASI-Verfolgung zu entschädigen. Laut Peters ist es jedoch in der Praxis aus nicht bekannten Gründen sehr selten dazu gekommen [29]. Die Frage der Entschädigungspflicht hat nun neue Aktualität dadurch gewonnen, daß das wahre Ausmaß der Unterdrückung und Verfolgung durch die STASI und anhaltende seelische Belastungen der Betroffenen erst nach der deutschen Wiedervereinigung in vollem Umfang zu Tage traten. Als Reaktion darauf hat der Gesetzgeber in Deutschland vor kurzem die Voraussetzungen geschaffen, daß ehemals politisch Inhaftierte in der DDR besondere Ansprüche auf Versorgungsleistungen haben, wenn sie unter fortdauernden Gesundheitsschäden infolge der Haft leiden. Das Strafrechtliche Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) regelt in § 21, Absatz (1) u. a., daß

„ein Betroffener, der infolge der Freiheitsentziehung eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen dieser Schädigung auf Antrag Versorgung erhält. Gemäß § 21 Absatz (5) kommt es regelmäßig darauf an, daß jedenfalls die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Freiheitsentziehung und Gesundheitsstörung nachgewiesen ist".

Dies bedeutet, daß in den nächsten Jahren vermutlich mit einer großen Zahl von Begutachtungen zu rechnen ist, weil in jedem Einzelfall die Beschwerden durch Untersuchung festgestellt werden müssen und der ursächliche Zusammenhang mit der Inhaftierung dargelegt werden muß. Darunter werden einfache, aber auch schwierige Fälle sein, die den mit der speziellen Problematik nicht vertrauten Gutachter vor Probleme stellen können. Es wird vermutet, daß in den alten und neuen Bundesländern mindestens 80 000 ehemals politisch Inhaftierte leben, manche Schätzungen gehen auch weit darüber hinaus [29]. Bevor einige Empfehlungen zur Begutachtungspraxis gegeben werden, soll die Darstellung von 2 typischen Fällen die Problematik der Begutachtung politischer Häftlinge aus der DDR etwas anschaulicher und verständlicher machen.

Gutachten 1

Im Auftrag des Landesversorgungsamtes sollte entschieden werden, ob die politische Inhaftierung des 34jährigen Antragstellers als Auslöser der derzeitigen Beschwerden angesehen werden kann. Ein erstes nervenärztliches Gutachten vor 4 Jahren hatte bereits zu einer Rente auf Zeit geführt und eine erneute Begutachtung vor deren Ablauf verlangt.

Der Antragsteller absolvierte nach dem Abschluß der Hauptschule eine Ausbildung zum Chemiefacharbeiter bei der Nationalen Volksarmee der DDR. In zunehmendem Maße habe er sich vom Staat eingeengt gefühlt und sei immer häufiger in politische Diskussionen mit Vorgesetzten verwickelt gewesen. Am meisten hätten ihn die fehlende Meinungsfreiheit und das Reiseverbot in den Westen geärgert. Aus einer allgemeinen Unzufriedenheit heraus hatte er 1977 mit Freunden den ersten Fluchtversuch über die Grenze unternommen, der jedoch mißglückte und zu einer ersten 12monatigen Inhaftierung in einem STASI-Gefängnis führte. Diese Haft habe er gut und ohne gesundheitliche Probleme überstanden. Auch die Tatsache, daß er nach der Entlassung ein Berufsverbot erhielt und von den Behörden als Hilfsarbeiter eingesetzt wurde, habe ihn nicht beeinträchtigt. Nachdem ein gemeinsam mit seiner

Ehefrau mehrfach gestellter Ausreiseantrag abgelehnt wurde, unternahm er 1986 einen erneuten Fluchtversuch. Da auch dieser scheiterte, wurde er wieder, diesmal für 9 Monate, bis zum „Freikauf" durch die Bundesrepublik, in einem STASI-Gefängnis wegen „versuchter Republikflucht" inhaftiert. Zu Beginn sei er für 3 Monate in Isolierhaft gewesen; der einzige Kontakt habe während dieser Zeit mit STASI-Mitarbeitern bestanden, die ihn fast täglich bis zu 12 h/Tag verhörten und versuchten, Auskünfte über Arbeitskollegen mittels des Angebotes einer Ausreisegenehmigung zu erpressen. Als sehr belastend erlebte er auch das Angebot einer sofortigen Ausreise, falls er sich scheiden und die Frau mit dem Kind in der DDR zurückließe, eine zeitweise völlige Kontaktsperre von der Familie, eine Essensreduktion bei Aussageverweigerung sowie den Umgang des Wachpersonals, den er als schikanös bezeichnete. Die Unsicherheit über den Entlassungszeitpunkt, über die Zukunft nach Entlassung und über das Schicksal seiner Familie habe ihn ebenfalls sehr belastet. Während der Isolierhaft habe er erstmals in seinem Leben unter Angstzuständen, Alpträumen und depressiven Verstimmungen gelitten, die dann nach zwischenzeitlicher Besserung in der Haft, in den ersten Wochen nach Ankunft (ohne Familie) im Aufnahmelager in West-Berlin 1988 verstärkt auftraten und zu ersten ambulanten nervenärztlichen Behandlungen führten. Im Vordergrund hätten depressive Verstimmungen mit Suizidgedanken gestanden: über sein Leben habe er nur noch negativ gedacht, sich leer und antriebslos gefühlt. Er habe das Gefühl gehabt, „das Recht zu leben verwirkt zu haben".

1989 habe er einen ersten Suizidversuch unternommen, 1990 und 1993 zwei weitere. Regelmäßige ambulante und 2 stationäre Behandlungen hätten nur kurzzeitige Besserung erbracht.

Nach zwischenzeitlichen Hilfsarbeiten habe er 1989 eine Umschulung zum Programmierer absolviert, die er jedoch wegen oben genannter Beschwerden nach einem Jahr abbrechen mußte. Von seiner Frau, die einige Monate nach ihm mit dem Kind ausreisen durfte, wurde er 1992 geschieden. Als Grund für die Trennung sieht er retrospektiv seine Unfähigkeit, sich nach der Haftentlassung „auf die Familie einzustellen", und seine depressiven Verstimmungen mit einer Tendenz zum „Einigeln". Seit 1990 lebe er von einer Zeitrente; seit einem Jahr würde er nur noch unregelmäßig zum Hausarzt gehen.

Bei der Exploration wurden folgende Symptome genannt: Alpträume, die häufig von Szenen aus der Haft handeln würden, Schlafstörungen, Kopfschmerzen (an 3–4 Tagen pro Woche), Panikattacken mit Schweißausbrüchen und Zittern, die regelmäßig beim Anblick von uniformierten Personen auftreten würden, Angstzustände und unabwendbare Erinnerungen bei der Wahrnehmung bestimmter Geräusche, die er aus der Haftanstalt kenne, plötzlich, „wie aus heiterem Himmel", auftretende depressive Verstimmungen mit Lust- und Antriebslosigkeit. Er beschrieb eine Unfähigkeit, das Gebiet der früheren DDR alleine zu betreten und Behördengänge alleine zu absolvieren; er vermeidet die Konfrontation mit Medienberichten über politische Themen, die die frühere DDR betreffen (z.B. schaltet er das Fernsehen aus, wenn eine Reportage darüber kommt), sei leicht reizbar, vergeßlich und unkonzentriert, habe kein Interesse mehr an Kontakten zu anderen Menschen, lebe seit der Haftentlassung mehr oder weniger völlig isoliert. Zudem schilderte er einen Verlust des Interesses an beruflichen und sozialen Aktivitäten. Ein Bedürfnis nach Partnerschaft oder Sexualität würde nicht mehr bestehen.

Die Beschwerden wurden mit monotoner Sprache und gesteigertem Redefluß vorgetragen. Auffällig war eine verminderte affektive Modulationsfähigkeit bei subdepressiver Stimmungslage.

Zusammenfassung. Es handelt sich um eine posttraumatische Belastungsstörung, deren Symptomatik während der zweiten Inhaftierung einsetzte und seit der Entlassung einen chronischen Verlauf nimmt.

Begründung. Bei der Erhebung der biographischen Anamnese fand sich kein Anhalt für vor der Haft bestehende neurotische Fehlhaltungen oder auffällige Persönlichkeitsmerkmale. Die detailliert geschilderten und als traumatisch erlebten Schikanen und Bedingungen während der Haft deckten sich mit denen, die von anderen politischen Häftlingen aus der DDR geschildert wurden. Das klinische Beschwerdebild beinhaltete z.T. charakteristische PTSD-Symptome, die auch im Vorgutachten in vergleichbarer Weise vorgebracht wurden. Es bestand ein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang zwischen der Inhaftierung und der Entwicklung der psychopathologischen Symptomatik.

Gutachten 2

Der 50jährige Antragsteller war 1971–1973 aus politischen Gründen in der DDR inhaftiert und litt in der Folge unter einer andauernden ängstlich-depressiven Symptomatik mit psychosomatischen Beschwerden, die als Haftfolge anerkannt wurden und sich langfristig besserten. Seit 1989 war es jedoch zu einer deutlichen Verschlimmerung mit ausgeprägten agoraphobischen Symptomen gekommen. Im Auftrag des Landessozialgerichtes sollte festgestellt werden, ob die im Zuge der jetzigen Verschlechterung entwickelte Symptomatik als Schädigungsfolge zu beurteilen sei, was von einem Vorgutachter abgelehnt worden war.

Der Antragsteller war unter schwierigen Bedingungen und mit wechselnden Bezugspersonen aufgewachsen. Da er von seiner Mutter unzureichend versorgt und z.T. auch mißhandelt worden sei, habe er während der letzten Jahre der Ausbildung in einem Heim gewohnt. Nach der Volksschule und einer Lehre habe er in einem Chemiewerk gearbeitet. Er berichtet, damals ein „linientreuer Anhänger" des DDR-Regimes und in der FDJ dementsprechend sehr aktiv und engagiert gewesen zu sein. 1966 habe er geheiratet und im nächsten Jahr einen Sohn bekommen. Bald darauf habe er jedoch festgestellt, homosexuell zu sein. Es sei zur Trennung von seiner Frau gekommen. Auf der Abendschule habe er das Abitur nachgeholt, anschließend auf einer Jugendhochschule studiert und dann als Journalist bei einer großen Tageszeitung gearbeitet. Dort sei manches anders gelaufen, als er es sich vorgestellt habe. So hätten sich viele seiner Kollegen entgegen der offiziellen Linie intensiv um Westkontakte und Konsumgüter aus dem Westen bemüht; und bei seiner Arbeit habe er unwahrheitsgemäß berichten und Nachrichten z.T. regelrecht erfinden müssen. Diese Erfahrungen hätten ihn in seiner politischen Haltung zunächst irritiert und dann von der „Verlogenheit" der DDR-Ideologie überzeugt. So war der Wunsch nach Flucht entstanden, was – wie er erst jetzt in den STASI-Unterlagen gelesen habe – der STASI bekannt wurde und dann zu einer systematischen Überwachung führte. Ein fehlgeschlagener Fluchtversuch führte 1971 zur Inhaftierung. Wegen Spionage und versuchter Republikflucht sowie staatsfeindlicher Hetze wurde er zu 5 1/2 Jahren Zuchthaus verurteilt und verbrachte 13 Monate in einem Militärgefängnis durchgehend in Einzelhaft. Er durfte keinen Kontakt nach außen aufnehmen und sei häufig mehrere Stunden am Tag verhört worden. In der Zelle sei er immer wieder auch beim Verrichten der Toilette beobachtet und nachts durch das Einschalten des Lichtes oder plötzliche Befehle des Aufstehens geweckt worden. In zunehmendem Maße habe er unter Schlafstörungen und Selbstmordphantasien gelitten und Angst bekommen, umgebracht zu werden. Im Januar 1973 wurde er ohne jede Vorankündigung wieder in die DDR entlassen. Die Beschwerden hielten an und führten auch bald zu einer nervenärztlichen Behandlung. 1974 wurde ein Ausreiseantrag genehmigt, und er konnte nach West-Berlin wechseln. Dort fand er eine feste Partnerbeziehung, absolvierte eine Fortbildung und arbeitete in einer Beratungsstelle. Durchgängig litt er unter Schlafstörungen, Schweißausbrüchen und generalisierten Ängsten. Diese Beschwerden, die nach zunächst widersprüchlichen Gutachten als Schädigungsfolge anerkannt wurden, besserten sich unter

einer begleitenden nervenärztlichen Behandlung allmählich. 1989 wurde er im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit mit zahlreichen Menschen konfrontiert, die aus der DDR kamen und dort ebenfalls inhaftiert waren. Da er diese Menschen beraten mußte, war es erforderlich, sich mit deren Erlebnissen auseinanderzusetzen. Aufgrund seiner eigenen Erfahrungen habe er sich für diese Menschen sehr engagieren wollen, gleichzeitig aber nicht verhindern können, daß er selbst häufig an die eigenen Hafterlebnisse habe denken müssen. Neben Schlafstörungen, Reizbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten seien Panikattacken aufgetreten, und es habe sich rasch eine phobische Symptomatik entwickelt, die zur Vermeidung von Kino- und Theaterbesuchen, U-Bahnen, Kaufhäusern und dichten Menschenansammlungen insbesondere in geschlossenen Räumen führte. Einzelne Ereignisse – z. B. die Einsichtnahme in die eigene STASI-Akte oder die Begegnung mit seinem Sohn, der Volkspolizist geworden war – konnten die Symptomatik vorübergehend erheblich verstärken. Trotz ambulanter und auch stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen hielten die Beschwerden seither an, wenn auch in etwas nachlassendem Maße, führten aber nicht zu dauerhafter Arbeitsunfähigkeit. In der Untersuchung wirkte er insbesondere beim Ansprechen der belastenden Ereignisse sehr unruhig und gespannt.

Zusammenfassung. Beim Antragsteller besteht eine Angststörung, die sich gemäß DSM-III-R als posttraumatische Belastungsstörung und als Agoraphobie mit Panikstörung klassifizieren läßt. Diese seit 1989 bestehende bzw. verstärkte Störung ist mit Wahrscheinlichkeit auf die Einflüsse der Haft zurückzuführen und nicht als eine von den Haftfolgen unabhängige, bei dem damals 45jährigen Angestellten erstmals aufgetretene neue Erkrankung anzusehen.

Begründung. Der Antragsteller hatte bereits vor der Haft in der DDR verschiedene z. T. sehr belastende Situationen erlebt (z. B. Heimunterbringung, Scheidung, Auseinandersetzung am Arbeitsplatz), ohne jemals daraufhin eine psychische Auffälligkeit mit Krankheitswert entwickelt zu haben. Die Störung entstand während der 13monatigen Einzelhaft und erfüllt die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung. Nach zwischenzeitlicher Besserung kam es dann zu einer erheblichen Verschlimmerung und einer Generalisierung der Angstsymptomatik, als der Antragsteller intensiv an die früher erlebten traumatischen Ereignisse erinnert wurde und sich dieser Konfrontation aufgrund seiner Berufstätigkeit und seiner pflichtbewußt-engagierten Haltung auch nicht entziehen konnte. Wenn ein Betroffener solchen das Trauma wachrufenden Situationen im Sinne einer Reexposition ausgesetzt wird, ist die verspätete oder erneute Auslösung bzw. Verstärkung der Beschwerden auch nach einer Latenz von vielen Jahren nicht ungewöhnlich und in der Literatur über Holocaustüberlebende mehrfach belegt.

Empfehlungen zur Begutachtung

Wir haben versucht, mit Hilfe unserer Erfahrungen, die wir mit politischen Häftlingen im Rahmen der oben genannten Studie [5, 35] und von Gutachtenfällen gewonnen haben, einige Leitlinien und Empfehlungen für die Begutachtungspraxis von politischen Häftlingen aus der DDR zu entwickeln.

1. Grundsätzlich sollte nach allem, was wir heute über die politische Inhaftierung in der DDR wissen, davon ausgegangen werden, daß sie, wie oben ausgeführt wurde, ein ausreichend starkes Trauma darstellt, das zu psychischen Störungen führen kann [37]. Das Ausmaß der Belastungen hat aber sehr variiert. Die objektiven Haftbedingungen und das subjektive traumatische Erleben sollten stets individuell bestimmt werden. Auch wenn die Korrelationen zwischen der objektiv feststellbaren Schwere eines Traumas und der Ausprägung einer nachfolgenden psychischen Störung gering sind, so gibt es doch eine grundsätzliche Tendenz, daß länger andauernde und stärkere Belastungen mit größerer Häufigkeit des Auftretens psychischer Folgestörungen bzw. mit ausgeprägteren und länger anhaltenden Störungen verbunden sind. Die Exploration subjektiv belastender Momente kann jedoch schwierig sein, weil die Patienten teilweise gerade wegen ihrer Störung bei der Schilderung ihrer Erlebnisse besonders starke oder auffallend geringe emotionale Reaktionen zeigen.

2. Stets sollte versucht werden, den zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Beginn der angegebenen Beschwerden und der Inhaftierung zu erfragen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß sich die Störungen sowohl bereits während der Haft als auch nach der Entlassung oder erst später durch Exposition mit spezifischen Stimuli, die an das Trauma erinnern, entwickeln können. Der Erkenntnis, daß sich posttraumatische Störungen mit einer zeitlichen Latenz zum Trauma ausbilden können, wurde im DSM IV in der Weise Rechnung getragen, daß eine Zusatzkodierung bei einem verzögerten Einsetzen der Sympomatik nach mehr als 6 Monaten erfolgen kann ([2], Tabelle 1). Falls sich zeigt, daß der Beginn der Beschwerden vor der Haft war, sollte geprüft werden, ob sich die Symptome im Zusammenhang mit politischer Benachteiligung und Bespitzelung oder nach der Stellung eines Ausreiseantrags entwickelt haben.

3. Gerade die Frage, ob es beim Antragsteller bereits vor der Haft psychische Auffälligkeiten gab, kann im Einzelfall schwierig sein und ggf. fremdanamnestische Erhebungen erforderlich machen. Lassen sich Hinweise für vor dem Trauma bestehende psychische Auffälligkeiten finden, so sollte untersucht werden, ob sich die Beschwerden, die bereits vor der Haft bestanden, von den aktuellen Beschwerden qualitativ und quantitativ unterschieden haben. Befunde, daß sich vor der Haft bestehende Beschwerden deutlich von den aktuellen Beschwerden unterschieden oder daß die Beschwerden quantitativ in oder nach der Haft deutlich zugenommen haben, würden auf einen ursächlichen Zusammenhang hindeuten. In dem Falle, daß der Antragsteller vor der Haft keinerlei psychischen Beschwerden hatte, ist die Haft als ätiologischer Faktor anzunehmen.

4. Der Gutachter sollte gezielt nach den typischen und z. T. sehr spezifischen Symptomen für die posttraumatische Belastungsstörung fragen, wie sie sowohl im DSM IV als auch in der ICD 10 vorgegeben sind. Zu diesem Zweck hat sich der PTSD-Fragebogen nach Watson [44] bewährt, der die einzelnen Symptome der diagnostischen Kategorien in Form eines strukturierten Interviews erfragt. An dieser Stelle sei ange-

merkt, daß wir in unserer explorativen Studie die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung zwar nur in 12 von 55 untersuchten Fällen stellten, bei einem weitaus höheren Prozentsatz jedoch einzelne, sehr spezifische PTSD–Symptome (Symptome der Kategorien B und D nach DSM) fanden [5]. Das Vorliegen von typischen PTSD-Symptomen ist u. E. als deutlicher Hinweis für einen ätiologischen Zusammenhang zu werten.

5. Das zuletzt unter Punkt 3 Gesagte trifft insbesondere auf die PTSD-Symptome der diagnostischen Kategorien B und C zu. Wenn diese Merkmale zutreffen und vor der Haft nicht vorhanden waren, so ist dies ein besonderer Anhalt für einen ursächlichen Zusammenhang, da dieser Symptomkomplex bei ängstlich-depressiven Krankheitsbildern nicht typischerweise vorkommt.

6. Ein deutlicher Anhalt für den posttraumatischen Charakter einer Störung ist dann gegeben, wenn derzeitig die Symptomatik verstärkende oder auslösende Situationen in spezifischen inhaltlichen Zusammenhang mit den damaligen Belastungssituationen stehen, z. B. wenn sich Angstsymptome beim Anschauen von Fernsehsendungen über die ehemalige DDR oder bei einer Konfrontation mit autoritär auftretenden Behörden verstärken.

7. Eine gezielte Untersuchung ist auch hinsichtlich der Kriterien für eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung gemäß ICD 10 erforderlich. Diese Kriterien sind weniger eindeutig operationalisiert als die Kriterien für PTSD und überschneiden sich mit diesen zum Teil. Ist eines oder sind mehrere Kriterien davon erfüllt, ist dies ein Hinweis dafür, daß das frühere traumatische Erleben zu anhaltenden psychischen Folgestörungen geführt hat, auch wenn die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung selbst nicht gestellt wird.

8. Ein Zusammenhang zwischen der Inhaftierung und der Entwicklung einer psychischen Störung kann auch dann bestehen, wenn er vom Antragsteller nicht oder nur begrenzt gesehen wird. Vergleichbare Erfahrungen haben die Gutachter bei vielen Holocaustüberlebenden gemacht [9, 14, 28]. Nach unseren Erkenntnissen ist auch das Fernbleiben oder das Abbrechen ärztlicher Behandlungen kein Befund, der dem Antragsteller in irgendeiner Weise nachteilig ausgelegt werden kann. Es sei daran erinnert, daß sozialer Rückzug und die Unfähigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten oder neue aufzubauen (darunter fallen auch Beziehungen zum Arzt), typische PTSD-Symptome sind.

9. Schließlich sei angemerkt, daß es nach den bisher vorliegenden empirischen Untersuchungen keine Belege dafür gibt, daß die politische Inhaftierung in der DDR zu Psychosen oder Abhängigkeitserkrankungen geführt hat. Kritisch sei hier jedoch auf die relativ geringe Fallzahl unserer Untersuchung hingewiesen, denn es ist in der Literatur sehr wohl beschrieben, daß sog. „Haftpsychosen“ während einer Haft bei bislang nicht Erkrankten auftreten können. Ungeklärt ist zur Zeit, ob während der Haft in Einzelfällen Drogen verabreicht wurden, die auch andauernde bzw. wiederkehrende psychotische Erkrankungen induzieren könnten. Trotz verschiedener Verdachtsmomente in dieser Richtung liegt unseres Wissens zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein eindeutiger Beleg hierfür vor.

Bei Kriegsveteranen aus Vietnam mit chronischen PTSD-Syndromen kam es häufig zur Entwicklung von sekundären Drogen- und Alkoholabhängigkeiten (4). Wir vermuten deshalb, daß bei Vorliegen einer Psychose oder einer Abhängigkeitserkrankung ein Zusammenhang im Einzelfall bestehen kann, ohne daß die bisherige Forschung hierfür systematische empirische Befunde geliefert hat.

Kommentar

Angesichts der Tatsache, daß der Gesetzgeber in Deutschland mit dem Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG) vor kurzem die Voraussetzungen formuliert hat, damit ehemals in der DDR politisch Inhaftierte besondere Versorgungsleistungen erhalten, wenn sie unter fortdauernden Gesundheitsschäden infolge der Haft leiden, erscheint eine weitergehende wissenschaftliche Erfassung psychopathologischer Symptomatik und deren diagnostischer Bewertung dringend erforderlich, um für Diagnostik und Begutachtung der Störungen detailliertere und präzisere Kriterien bestimmen zu können als es uns heute möglich ist. Dies sollte u. E. auch vor dem Hintergrund geschehen, daß sich die deutsche Psychiatrie erst spät der Holocaustüberlebenden in wissenschaftlichen Untersuchungen annahm und deutsche Gutachter im Gegensatz zu ausländischen Kollegen lange Zeit keine ätiologischen Zusammenhänge zwischen dem KZ-Trauma und den vorgebrachten psychischen Störungen erkennen konnten. Der Gutachter wird mit unterschiedlichen Fällen und Sichtweisen der Betroffenen konfrontiert werden. Nicht nur im Hinblick auf die vorhin geschilderten historischen Erfahrungen in Deutschland empfehlen wir, im Zweifelsfall eher eine Entscheidung für den Antragsteller zu treffen als ihn abzulehnen. Die Geschichte der KZ-Begutachtungen hat gezeigt, daß viele der Betroffenen durch inadäquate Gutachten gleichsam doppeltes Unrecht erlitten.

Literatur

1. Allodi FA (1991) Assessment and treatment of torture victims: a critical review. J Nerv Ment Dis 179: 4–11
2. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth Edition). Washington DC
3. Amnesty International (1989) German Democratic Republic – sweeping laws-secret justice. Amnesty International Publications, London
4. Andreasen NC (1988) Posttraumatische Belastungsreaktion. In: Freedman AM. Kaplan HI, Sadock BJ, Peters UH (Hrsg) Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd 3 Neurosen. Thieme, Stuttgart New York S 326–339
5. Bauer M, Priebe S, Häring B, Adamczak K (1993) Long-term mental sequelae of

political imprisonment in East-Germany. J Nerv Ment Dis 181: 257–262
6. Bauer M, Priebe S, Kürten I, Gräf KJ, Baumgartner A (1994a) Psychological and endocrine abnormalities in refugees from East Germany: part I. Prolonged stress, psychopathology, and hypothalamic-pituitary-thyroid axis activity. Psychiatry Res 51: 61–73
7. Bauer M, Priebe S, Kürten I, Gräf KJ, Baumgartner A (1994b) Psychological and endocrine abnormalities in refugees from East Germany: part II. Serum levels of cortisol, prolactin, luteinizing hormone, follicle stimulating hormone, and testosterone. Psychiatry Res 51: 75–85
8. Bauer M, Priebe S (1994) Psychopathology and long-term adjustment after crises in refugees from East Germany. Int J Soc Psychiatry 40: 165–176
9. Baeyer W von, Häfner H, Kisker KP (1964) Psychiatrie der Verfolgten. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg New York
10. Cervantes RC, Salgado de Snyder N, Padilla AM (1989) Posttraumatic stress in immigrants from Central America and Mexico. Hosp Community Psychiatry 40: 615–619
11. Dressing H, Berger M (1991) Posttraumatische Streßerkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzeptes. Nervenarzt 62: 16–26
12. Eaton WW, Sigal JJ, Weinfeld M (1982) Impairment in Holocaust survivors after 33 years: Data from an unbiased community sample. Am J Psychiatry 139: 773–777
13. Eitinger L (1964) Concentration camp survivors in Norway and Israel. Universitetsforlaget, Oslo, Allen & Unwin, London
14. Eitinger L (1980) The concentration camp syndrome and its late sequelae. In: Dimsdale JE (ed) Survivors, victims, and perpetrators. Essays on the nazi holocaust. Hemisphere, Washington New York London, pp 127–162
15. Engdahl BE, Speed N, Eberly RE, Schwartz J (1991) Comorbidity of psychiatric disorders and personality profiles of American World War II prisoners of war. J Nerv Ment Dis 179: 181–187
16. Fricke KW (1986) Zur Menschen- und Grundrechtssituation politischer Gefangener in der DDR. Verlag Wissenschaft und Politik, Köln
17. Goldstein G, van Kammen W, Shelly C, Miller DJ, van Kammen DP (1987) Survivors of imprisonment in the pacific theater during World War II. Am J Psychiatry 144: 1210–1213
18. Gunkel S, Priebe S (1992) Psychische Beschwerden nach Migration: Ein Vergleich verschiedener Gruppen von Zuwanderern in Berlin. Psychother Psychosom Med Psychol 42: 414–423
19. Horowitz MJ (1976) Stress response syndromes. Aronson, New York
20. Horowitz MJ, Wilner N, Kaltreider N, Alvarez W (1980) Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry 37: 85–92
21. ICD-10 (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Huber, Bern Göttingen Toronto
22. Keane TM, Zimmering RT, Caddel JM (1985) A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. Behav Therapist 8: 9–12
23. Kinzie JD, Fredrickson RH, Ben R, Fleck J, Karls W (1984) Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. Am J Psychiatry 141: 645–650
24. Maser JD, Solomon SD (1990) Psychosocial and psychobiological consequences of exposure to extreme stressors. J Appl Soc Psychol 20: 1725–1732
25. Matussek P (1971) Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen. Springer, Berlin Heidelberg New York
26. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J (1987) The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. Am J Psychiatry 144: 1567–1572
27. Paul F, Herberg HJ (1963) Psychische Spätschäden nach politischer Verfolgung. Karger, Basel New York
28. Peters, UH (1989) Die psychischen Folgen der Verfolgung. Das Überlebenden-Syndrom. Fortschr Neurol Psychiatr 57: 169–191
29. Peters UH (1991) Über das STASI Verfolgten-Syndrom. Fortschr Neurol Psychiatr 59: 251–265
30. Priebe S, Bauer M, Rohrbeck S, Steinhart I, Wildgrube C (1990) Psychische Störungen bei Übersiedlern. I. Vorgeschichte, Symptomatik und diagnostische Einordnung. Psychiatr Prax 17: 180–183
31. Priebe S, Gunkel S, Bauer M (1991) Beschwerden und Inanspruchnahme medizinischer Hilfe bei Übersiedlern. Münch Med Wochenschr 133: 228–231
32. Priebe S, Häring B, Bauer M (1992) Response syndrome to political stress: Symptoms and therapeutic approach within emergency situations. In: van Luyn JB, Rijnders CATh, Vergouwen HHP, Wunderink A (eds) Emergency psychiatry today. Elsevier, Amsterdam, pp 143–145
33. Priebe S, Bauer M, Rohrbeck S, Wildgrube C (1993a) Psychische Störungen bei Übersiedlern. II. Verlauf über sechs Monate und Sichtweisen der Patienten. Psychiatr Prax 20: 30–34
34. Priebe S, Bauer M, Rohrbeck S, Wildgrube C (1993b) Psychische Störungen bei Übersiedlern. III. Nachuntersuchung nach zweieinhalb Jahren. Psychiatr Prax 20: 35–36
35. Priebe S, Rudolf H, Bauer M, Häring B (1993c) Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der DDR – Sichtweisen der Betroffenen. Fortschr Neurol Psychiat 61: 55–61
36. Priebe S, Bolze K, Rudolf H (1994) Andauernde psychische Störungen nach Repressalien infolge eines Ausreiseantrages in der DDR. Fortschr Neurol Psychiatr 62: 433–437
37. Priebe S, Bauer M (1995) The A-Criterion for PTSD and psychological torture. Am J Psychiatry (in press)
38. Rasmussen OV, Lunde I (1980) Evaluation of investigation of 200 torture victims. Dan Med Bull 27: 241–243
39. Speed N, Engdahl BE, Schwartz, Eberly R (1989) Posttraumatic stress disorder as a consequence of the prisoner of war experience. J Nerv Ment Dis 177: 147–153
40. Sutker PB, Winstead DK, Galina ZH, Allain AN (1991) Cognitive deficits and psychopathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict. Am J Psychiatry 148: 67–72
41. Turner S, Gorst-Unsworth C (1990) Psychological sequelae of torture – a descriptive model. Br J Psychiatry 157: 475–480
42. United Nations (1984) Convention against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Office of Public Information, United Nations, New York
43. Venzlaff K (1958) Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sogenannten Unfallneurosen). Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
44. Watson DG, Juba MP, Manifold V, Kucala T, Anderson PED (1991) The PTSD interview: rationale, description, Reliability and concurrent validity of a DSM-III-based technique. J Clin Psychol 47: 179–188